

教育講演

短腸症候群に対する腸管リハビリテーション

増本 幸二

(筑波大学小児外科)

座長：奥山 宏臣

(大阪大学小児成育外科)

短腸症候群に対する腸管リハビリテーション

増本 幸二
筑波大学小児外科

短腸症候群 (SBS) を含む、腸管不全における治療プログラムとして、腸管リハビリテーションという言葉が示されて 15 年以上が過ぎた。その腸管リハビリテーションは、「腸管不全の患者に対し、残存する腸管機能を回復させ、静脈栄養 (PN) から離脱できるよう段階的・集学的に行う治療プログラム」と考えられている。ヒルシュスプルング病類縁疾患などの機能的腸管不全にも応用されているが、もっとも有用と考えられるのは器質的な腸管不全である SBS と考えられる。

SBS の病態は 3 期に分類され、第 I 期 (腸管麻痺期・蠕動亢進期) は SBS となって 1 - 3 か月の期間で、術後の腸管麻痺から腸管の蠕動亢進が生じる時期である。この時期では PN を中心にした栄養管理に加え、多量の水様性下痢をコントロールし、水分・電解質・栄養素の喪失予防に努めることが重要となる。それに続く第 II 期 (回復適応期) では、腸管吸収能が改善してくることで水様下痢の量・回数が徐々に減少してくるため、積極的に経腸栄養を開始し腸管順応を促進することを基本となる。さらに時期が進み、第 III 期 (安定期) に入ると、安定した腸管の消化吸収能となり、経腸栄養や経口摂取を行いつつ、「PN からの離脱」が目標となってくる。これらの各病態を患者ごとに十分に把握し、適切な治療を医師、看護師、薬剤師、栄養士など多職種で行うことが SBS における腸管リハビリテーションの基本となる。

特に問題になるのは第 I から II 期では、PN 主体の栄養管理により生じる合併症であり、とりわけ腸管不全合併肝障害 (IFALD) や中心静脈へのアクセスルートの消失であり、これをどう予防し、生じた場合どう対処するかが長期 QOL を高める鍵となる。さらに第 III 期まで生じる消化管順応を促すことも重要であり、促進因子の投与や外科的手術が考慮される。これらの治療は医師が主体ではあるが、栄養サポートチームなどを含む多職種の連携が必要になる。

今回は SBS に対する腸管リハビリテーションの基本的方針について解説し、特に PN からの離脱や長期予後と深く関わる、カテーテル関連血流感染、IFALD、微量栄養素の問題について、当科の経験も含めて報告したい。